様式第10号（第6条関係）

|  |
| --- |
| 三股町国民健康保険はり・きゆう施術料補助金請求書（総括表） |
| 年　　月　　日三股町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施術担当者指定番号　　　　第　　　　　号施術所名　　(又は事業所名)住　　所　　施術者名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　(又は事業主名)電話番号　　　　年　　月分はり・きゆう施術料補助金を別紙明細書を添えて、下記の通り請求します。また、過去の請求に対して、過誤等あった場合には今回請求分で調整されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請　　求　　額 | ＊審査決定額 |
| 被保険者数 | 回　数 | 金　　額 | 被保険者数 | 回　数 | 金　　額 |
| 人 | 回 | 円 | 人 | 回 | 円 |
| ＊過誤等調整額 | ＊支給決定額 |
| 人 | 回 | 円 | 円 |

* 印については、記入しないでください。

振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　農　協　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　　銀　行　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　支所 |
| 種　　別 | 　普通　当座　 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |

 |

　　　(注)施術担当者指定番号については三股町国民健康保険はり、きゅう施術担当者指定証に記載してある番号を記入ください。